

GQMG Kompakt: Visite nach Standard - eine Hilfe zur Verbesserung des Leistungsangebotes?

Die am 14.04.2011 im Rahmen der diesjährigen GQMG Tagung in Hannover gehaltene vierstündige GQMG Kompakt-Veranstaltung verfolgte drei Ziele (1) die Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch Impulse auf die Problematik der aktuellen Visitenpraxis aufmerksam zu machen, (2) sie über aktuelle Erkenntnisse aus der Fachliteratur und über Forschungsergebnisse aus einem Basler Visitenprojekt über Defizite und Bedürfnisse zu informieren, die von Patientinnen und Patienten sowie von Ärzten und Pflegenden in Fokusgruppengesprächen geäußert wurden und (3) durch Rollenspiele die im Basler Visitenstandard vorgeschlagenen Organisations- und Kommunikationsvereinbarungen erfahrbar zu machen.

Ein erster **Impuls** wurde durch ein Rollenspiel einer Chefarztvisite gesetzt: Ein Chefarzt (ChA) betritt das Patientenzimmer, schüttelt der für ihn noch unbekanntem Patientin (PAT) wortlos die Hand und schaut die Assistenzärztin (AÄ) an, die ihm berichtet, dass bei der Patientin Frau Keller¹ ein malignes Lymphom diagnostiziert worden sei. Sie sei wegen geschwollener Lymphknoten fünf Wochen zuvor zum Arzt gegangen. Der weitere Gesprächsverlauf folgt:

ChA zu Frau K.: *„... noch Schmerzen?“*
Frau K.: [schüttelt den Kopf]
AÄ: *„... die Biopsie ergab ein hoch-malignes Lymphom vom Typ Burkitt, das Staging mit CT ergab weitere Regionen paraaortal und iliaca, ZNS nicht befallen.“*
ChA: *„... und die Sonographie ...?!“*
AÄ: *„ ... wurde noch nicht gemacht, weil ...!“*
ChA zur AÄ: [unterbricht verärgert] *... ich habe doch ausdrücklich angeordnet, die Sonographie immer dem CT vorzuschalten!“* wendet sich zu Frau Keller *„... das ist nicht ganz so schön, was Sie sich da eingefangen haben, aber wir können Ihnen helfen, Sie müssen nur etwas Geduld haben!“*
Frau K. *„... aber sterben muss ich nicht?“*
ChA [während er ihr die Hand zum Abschied reicht] *„... Sterben müssen wir alle einmal! [Beim Weggehen zur AÄ] „... zweimal CHOP und adjuvante Bestrahlung; auch in den USA hat die neuste Studie mit Etoposid, keinen Überlebensvorteil gegenüber CHOP erbracht!“*
Alle verlassen das Zimmer.

Die anschließende Diskussion mit den Workshopteilnehmern zeigte folgende Defizite aus der Perspektive der jeweiligen Protagonisten auf:

Die **Patientin** fühlt sich überrollt und als „Fall“ abgehandelt. Sie hat keine Chance etwas zu verstehen, weil *über* sie statt mit ihr gesprochen und sie nicht einbezogen wird. Die Informationen, die die Ärzte zu ihrer Krankheit und ihrer Behandlung austauschten, kann sie nicht verstehen. Beide Ärzte gehen weder auf ihre Körpersignale (Traurigkeit, Kopfschütteln) ein, noch auf ihre Ängste. Sie wird von den Teilnehmern als eine „Erleidende“ erlebt – einer Rolle von Patienten in der traditionellen Medizin.

Die **Ärztin** ist an medizinischen Fakten und am Chefarzt orientiert. Sie wirkt in der Situation unsicher und wie in einem Abhängigkeitsverhältnis des Chefarztes, vor allem im Hinblick auf seinen Ärger über eine versäumte Untersuchung. Sie hat keine Chance, ihre Argumente vorzubringen und fühlt sich überprüft und ungerecht behandelt. Sie wird vom Chefarzt vor den Augen der Patientin niedergemacht. Sie versäumt es in dieser Situation, die voll auf den Chefarzt konzentriert ist, die Patientin in den Dialog einzubeziehen.

Der **Chefarzt** vermittelt sofort, es muss schnell gehen! Darüber tröstet auch die Tatsache nicht hinweg, dass er zumindest Visite bei der Patientin *macht*. Medizinische Fakten stehen

für ihn im Vordergrund. Im *Dialog* mit der Ärztin wird sein Interesse an evidenz-basierter Medizin deutlich. Im Dialog mit der Patientin ignoriert das Menschliche, indem er zynisch mit über ihre Ängste hinweggeht. Es bleibt jeweils bei kurzen Dialogen, die das eigene Interesse fokussieren.

Keinem der Beteiligten fällt auf, dass eine **Pflegende** bei der Visite fehlt – eine Tatsache, die weit verbreitet ist und Widersprüche, Doppelspurigkeiten und Fehler im Behandlungsprozess zur Folge hat und das Basler Visitenprojekt ausgelöst hat.

Im **zweiten Workshopabschnitt** stellte **Dr. Eberhard Biermann** aktuelle Erkenntnisse der Laien- und Fachwelt zum Thema Visite vor. Zunächst verliest er einen nachdenklich machenden Abschnitt aus dem SPIEGEL eines betroffenen Reporters zur Visite mit einer Krebserkrankung. Im weiteren bezieht er sich auf die Erkenntnis aus einer amerikanischen Studie „What makes a Hospital Great?“, dass die Investition in und die Fokussierung auf die *Kultur der Organisation* medizinische Ergebnisse eher zu verbessern in der Lage ist als in die technologische Ausrüstung und medizinische Koryphäen.² Als Voraussetzung für eine gute medizinische Visitenqualität postuliert er, dass Absprachen für den organisatorischen Ablauf und die Einbeziehung aller an der Visite Beteiligten sowie die Koordination der Redebeiträge entscheidend ist, um Patienten den Eindruck eines professionellen Teamaus-tauschs und einer angemessenen Patientenorientierung zu vermitteln (Hyperlink: [Präsentation EB](#)).

Andrea-Dehn-Hindenberg präsentiert Ergebnisse von Fokusgruppen, die in der Basler Universitätsklinik anlässlich des Visitenprojektes mit den drei Protagonisten durchgeführt wurden. Ihre Hauptgesichtspunkte aus Patientensicht sind *Empathie, Information* und *Fürsorge*. Ärzte schätzen die Visite als *Plattform für den Austausch aller Beteiligten* über die Behandlung, als *Planungsinstanz* und als *Gestaltungsmöglichkeit* des Teamklimas. Für Pflegende ist wichtig, dass ihre Beiträge *wertgeschätzt* werden, dass ein *engagiertes interdisziplinäres Miteinanderarbeiten* möglich ist und die Visite sich *am Patienten orientiert* (Hyperlink: [Präsentation AD](#)).

Heidmarie Weber stellte als nächstes den Basler Visitenstandard vor³, der den Beteiligten zur Verfügung gestellt und durch ein weiteres Rollenspiel vertieft wurde.

Im Vordergrund steht die Vermittlung von Kompetenzen zum Umgang mit der *Leitung der Visite*. Das Rollenscript umschreibt lediglich die Erkrankung der Patientin und die als nächstes anstehenden Visiteninhalte. Die Aufgaben werden jedem Beteiligten ausgehändigt und liegen in der Aufforderung zur Ausgestaltung der jeweiligen Rolleninhalte. Ergebnis soll sein, die Redebeiträge so zu koordinieren, dass jeder Beteiligte sich mit seinen Anliegen einbringen konnte und die Ziele am Ende miteinander abgestimmt sind. Dazu soll eine Teilung des Ablaufs in eine Absprache der Professionellen *vor* dem Patientenzimmer stattfinden. Im Zimmer sollen alle Beteiligten zu Wort kommen und das auf alle Bedürfnisse abgestimmte Visitenresultat soll zusammen gefasst werden. Im Nachgespräch wiederum *vor* dem Zimmer soll festgelegt werden, wer was als nächstes tut.

Was so einfach und erreichbar zu sein scheint, erweist sich als widrig: die Patientin hat ganz eigene Vorstellungen, die quer zum geplanten Vorgehen der Professionellen steht. Damit stellt sie die Ziele der Professionellen zunächst infrage. Hier zeigt sich, ob die Einstellung und Bereitschaft zur Patientenorientierung mit dem Verantwortungsgefühl von Medizin und Pflege



Abb. 1: Leitung der Visite durch Oberarzt

vereinbar ist – eine Umentscheidung und die Abstimmung von Bedürfnissen und Erfordernissen zur Sicherheit und zum Wohl der Patientin werden notwendig.

Die Sicht auf die Beteiligten vermittelt, dass lediglich Patientin (links vorne) und Pflegender (dritter von links) sitzen – alle anderen Beteiligten stehen. Selten suchen sich die Beteiligten bei der Visite einen Platz, um einen „Austausch auf Augenhöhe“ zu ermöglichen. Gute Visitenkommunikation und -koordination können zumindest zum Empfinden eines „Gesprächs auf Augenhöhe“ beitragen.

In der weiteren Diskussion kommt noch einmal die Erfahrung der Beteiligten teils aus der Perspektive als Patienten, teils aus der Erfahrung der Teilnahme „ihrer Visiten“ zur Sprache: Bei der „Show des Chefarztes“ würde häufig der Patient empfinden „wie ein Affe im Käfig“ vorgeführt zu werden. Aus der Beobachterperspektive würde häufig erlebt, die Visite würde eher als Plattform zum Ausleben des „Suchtfaktors Arzt“ gebraucht, als einer Performance, die einem modernen Leistungsangebot entspricht. Nicht selten würden dabei – vor allem bei jüngeren Ärzten – Unsicherheiten überspielt. Patienten würden in der Regel durch die Medizin, respektive die Visite, entmutigt und mit ihren Fragen allein bleiben. Dies würde sich unter anderem in den diesbezüglichen patientenseitigen Bewertungen von *Information*, *Kommunikation* und *Aufklärung* niederschlagen.

Im **dritten Workshopabschnitt** stellte **Heidmarie Weber** Daten aus der Implementierungsphase des Basler Visitenstandards zur Selbsteinschätzung der Umsetzung darin enthaltener Kriterien vor. Bei Interesse kann diese Ergebnisdarstellung angefragt werden. Sie sind zu einem späteren Zeitpunkt mit weiteren Ergebnissen zu einer Veröffentlichung vorgesehen.

In einem abschliessenden Rollenspiel wird nochmals deutlich, dass jeder – insbesondere die Pflegende – mit ihren eigenen Beiträgen zum Gelingen der Visite beiträgt.

Die QMG Veranstaltung ist bei den Beteiligten sehr gut angekommen. Leider war die Nachfrage gering – eine Tatsache, die darauf hindeutet, dass die konkrete und praktische Arbeit des Qualitätsmanagements in einem solch komplexen Szenario wie der „Patientenvisite“ derzeit nicht im Fokus des Interesses steht. Patientenorientierte Kommunikation und interprofessionelle Zusammenarbeit sind das Hauptthema eines Leistungsangebotes innerhalb der Krankenhäuser – ein allzu weites Feld oder ein allzu heißes Eisen?

¹ Frei erfundener Name.

² P.W. Chen (MD): What makes a Hospital Great? New York Times vom 17.03.2011.

³ Siehe auch Weber H., Langwitz W.: Basler Visitenstandard – Chance für eine gelingende Interaktionstriade Patient-Arzt-Pflegefachperson. *Psychother Psych Med* 2011; 61: 193-195.